

## SUS DERECHOS DE AUDIENCIA

Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días empiezan a partir de:

1. El día posterior al cual se le dio personalmente el aviso de la decisión sobre la apelación del Plan de Salud Mental, O:
2. El día posterior a la fecha del sello postal del aviso de la decisión sobre la apelación del Plan de Salud Mental.

### Petición para acelerar una audiencia:

Por lo regular, lleva aproximadamente 90 días a partir de la fecha de su queja para tomar una decisión de Audiencia. Si usted piensa que este período de tiempo le puede causar serios problemas a su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de obtener, mantener o recuperar funciones importantes en su vida, puede pedir que le aceleren su audiencia. Para pedir que se acelere su audiencia, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo SOLICITAR AUDIENCIA, incluya la razón por la cual pide que se acelere su audiencia. Si su solicitud para acelerar su audiencia es aprobada, se le dará la decisión a su audiencia en menos de 3 días hábiles a partir de la fecha en que se haya recibido su solicitud por la División de Audiencias Estatales.

### A fin de mantener sus mismos servicios mientras espera que le concedan una audiencia:

- Usted debe solicitar una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que recibió esta notificación personalmente, o de su fecha de envío por correo, o antes de la fecha vigente del cambio, o después de cualquiera de estas opciones, la que suceda más tarde.
- Sus servicios de salud mental de Medi-Cal serán los mismos mientras no se haga una decisión final de audiencia que sea adversa para usted, o que usted retire su demanda para la audiencia, o cuando el período de tiempo o los límites por sus servicios actuales expiren, o cualquiera de estas opciones pase primero.

### Reglamentos Estatales Disponibles:

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren las audiencias estatales, están disponibles en la oficina local de asistencia social de su condado.

### Cómo obtener ayuda?

Usted puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia legal o de otros grupos. Usted puede solicitar información acerca de sus derechos sobre audiencias o asistencia legal gratuita a la Unidad de Preguntas y Respuestas al Público.

Llame gratis al: 1-800-952-5253  
Si tiene problemas de sordera o usa un aparato TDD, llame al 1800-952-8349

### Representante Autorizado:

Usted puede representarse a sí mismo(a) en la audiencia estatal. También puede ser representado por alguna amistad, abogado o alguien más que usted elija. Usted mismo(a) debe conseguir a su representante.

**Notificación del Decreto de Prácticas Informativas (Sección 1798 y las que siguen, del Código Civil de California).** La información que se le pide anotar en este formulario se necesita para tramitar su petición para una audiencia. Es posible que el trámite se retrase si la información no está completa. La Unidad de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales preparará un expediente para su caso.

caso. Usted tiene derecho a examinar los materiales que conforman el registro de la decisión y puede localizar este registro comunicándose con la Unidad de Preguntas y Respuestas al Público (el número de teléfono aparece anteriormente). Cualquier información que usted proporcione se podría compartir con el Plan de Salud Mental, el Departamento de Servicios de Salud del Estado y el de Salud Mental y con el Departamento de Salud de Servicios Humanos de los Estados Unidos (Autoridad: Sección 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Social).

## COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL

**La mejor manera de pedir una audiencia es llenando esta página. Haga una fotocopia del frente y del reverso para su información. Entonces, envíe esta página a:**

State Fair Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera de solicitar la audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si usted tiene problemas auditivos y utiliza un aparato TDD, por favor llame al 1-800-952-8349.

## SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA

Estoy solicitando una Audiencia Estatal Imparcial debido a mi desacuerdo con una acción relacionada a Medi-Cal llevada a cabo por el Plan de Salud Mental del Condado de Los Angeles.

Marque aquí si desea que se acelere su audiencia e incluya la razón.

Las razones son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque aquí y agregue una página si usted necesita más espacio.

**Mi nombre: (con letra de molde)** \_\_\_\_\_

**Mi No. de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Mi dirección:(con letra de molde)** \_\_\_\_\_

**Mi número de teléfono :** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Mi firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Necesito un intérprete sin costo para mí. Mi idioma o dialecto es:

\_\_\_\_\_

Quiero que la persona indicada a continuación me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis expedientes y para que vaya a la audiencia por mí.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_